N° 194.

PROPOSITIONS ET OBSERVATIONS

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 8 juillet 1837, pour obtenir le grade de Docteur en Médecine;

Par J.-J. GUÉRETIN, du Lion-d'Angers
(Maine-et-Loire),

Interne des hôpitaux civils de Paris, ex-premier Interne et Lauréat des hôpitaux civils et militaires d'Angers
Membre correspondant de la Société de médecine de la même ville,
Membre de la Société anatomique de Paris, Élève de l'école pratique, etc., etc.

Nulla est alia pro certo noscendi via, nisi quam plurimas et morborum et dissectionum historias, collectas habere.
(MORGAGNI, *de sedibus et causis morborum, etc.*)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX ET Cᵉ,
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1837.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD (aîné), Président.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	....
Hygiène	....
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générale	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER, Examinateur. BOUILLAUD. CHOMEL. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. SANSON (aîné). ROUX, Examinateur. VELPEAU, Examinateur.
Clinique d'accouchements	DUBOIS (PAUL).

Agrégés en exercice.

MM. BÉRARD (AUGUSTE).
BOUCHARDAT, Examinateur.
BOYER (PHILIPPE).
BROUSSAIS (CASIMIR).
BUSSY.
DALMAS.
DANYAU, Examinateur.
DUBOIS (FRÉDÉRIC).
GUÉRARD.
GUILLOT.

MM. JOBERT.
LAUGIER.
LESUEUR.
MÉNIÈRE.
MICHON.
MONOD.
REQUIN.
ROBERT.
ROYER-COLLARD.
VIDAL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Reconnaissance sans bornes.

A MES SOEURS.

J.-J. GUÉRETIN.

A LA MÉMOIRE

DE MON AMI HIPPOLYTE FAULTRIER.

Regrets sincères.

A SON PÈRE ET A SA MÈRE.

Estime et reconnaissance.

PROPOSITIONS ET OBSERVATIONS
DE
MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

§ Ier.

En formulant d'une manière générale que la fréquence des abcès métastatiques dans les organes est principalement en raison du nombre des vaisseaux artériels qui y aboutissent, les auteurs ont bien indiqué d'une manière indirecte que la thyroïde doit être un siége fréquent de ces abcès. Peu d'organes, en effet, reçoivent un plus grand nombre d'artères, et c'est même, comme tout le monde le sait, cette abondance de son fluide nourricier qu'on a invoquée pour affirmer que ses fonctions, quoique inconnues, n'en sont pas moins très-importantes. Mais ici l'observation paraît démentir la théorie; en effet, j'ai cherché en vain dans les livres des exemples d'abcès métastatiques dans cette glande. Pendant qu'on rencontre, je dirai presque chaque jour, ces abcès dans le poumon, dans le foie, dans les articulations, etc..., on les cherche en vain dans la thyroïde. Ces réflexions m'ont engagé à rapporter l'observation suivante dans laquelle, je crois, des dépôts purulents de cette nature ont existé dans cet organe, tandis que le poumon, le foie, le cerveau, etc., n'en ont offert aucune trace. Sous ce rapport le fait me paraît avoir le mérite de la rareté:

Ire OBSERVATION.

Vaste phlegmon suppuré à l'avant-bras; symptômes de résorption purulente; mort, collections purulentes métastatiques dans la thyroïde; état sain des autres organes.

Un infirmier, âgé de trente-deux ans, de constitution faible et nerveuse, tomba sur le dos de la main droite, en descendant un escalier,

le 21 octobre 1833. Le poignet fut fortement fléchi en devant. Le lendemain matin, la main et une partie de l'avant-bras étaient le siége d'un gonflement manifeste, très-douloureux à la pression. Il y avait eu des frissons, de la soif pendant la nuit; déjà la fièvre était vive. On le fit coucher dans un des lits de l'Hôtel-Dieu d'Angers, service de M. Garnier (25 sangsues sur le mal, catapl., diète).

Le 23 au matin, les symptômes généraux avaient pris beaucoup d'intensité. La main et tout l'avant-bras avaient le double de leur volume. Du délire, un tremblement continuel des mâchoires avec un commencement de trismus, firent craindre le tétanos. (40 sangsues sur le mal, bain de bras, catapl., saignée de 12 onces, pot. calm...)

24 et 25 : Le gonflement augmente et envahit tout le bras; le ventre est tendu, la langue sèche, la fièvre vive, le délire un peu tombé (saignée de 12 onces, bouillon de veau). Le 26 on applique encore 15 sangsues sur le bras.

Du 26 au 31 : Malgré un traitement aussi actif, l'inflammation suivit sa marche, une énorme suppuration s'établit; on fit plusieurs ouvertures à l'avant-bras. A la réaction extrême succédèrent, vers le 29, de l'abattement, de l'adynamie, un hoquet presque continuel. (Adoucissants, bains de bras, etc.) La suppuration fut énorme les jours suivants, un vaste clapier avait décollé les téguments de l'avant-bras dans presque toute leur étendue.

Du 5 au 10 novembre : L'adynamie augmenta, la langue se noircit un peu, des frissons irréguliers revinrent deux ou trois fois le jour, le teint était terreux, la peau sèche. Le malade commença le 7 à se plaindre d'une douleur sourde, exactement bornée à la glande thyroïde. Le lendemain la déglutition et la respiration devinrent gênées, la glande augmenta environ d'un tiers de son volume; l'espèce d'engourdissement, ressenti d'abord seulement dans la glande, se propagea les jours suivants au pharynx, dont les parois, soigneusement examinées, parurent cependant dans leur état normal. Le gonflement, d'abord exactement limité à la glande, presque indolent, sans changement de couleur à la peau, gagna de la thyroïde aux parties environnantes qui rougirent un peu, et devinrent très-douloureuses à la pression, à partir

du troisième jour qui précéda la mort. Les frissons continuaient, la suppuration de l'avant-bras était moins abondante, l'adynamie augmenta. Le 12, la déglutition fut entièrement impossible, la suffocation à craindre. Le malade périt suffoqué le 14 au matin.

Autopsie, bras. — Un clapier unique s'étend depuis le bas du bras à la paume de la main, renfermant un pus fétide.

Cou. — A l'extérieur, un gonflement uniforme, empâté, occupe la région sous-hyoïdienne. Une dissection attentive montre : que les téguments sont sains, la couche cellulaire sous-cutanée un peu épaissie et blanchâtre. Tous les muscles sous-hyoïdiens sont formés par un tissu blanc-jaunâtre, criant sous le scalpel en quelques points, ramolli dans d'autres, et laissant s'écouler par la pression un pus verdâtre en gouttelettes, ou déjà ramassé en petits foyers. Ces muscles adhèrent fortement à la thyroïde. Celle-ci est augmentée du double de son volume à peu près. Son tissu, de couleur ordinaire, un peu ramolli, est parsemé d'une vingtaine de points blancs, friables, ressemblant à du tubercule, d'une ligne de diamètre environ. Cinq ou six excavations, entourées de tissu thyroïdien de couleur ordinaire et de consistance normale, peuvent admettre l'extrémité du doigt et contiennent un pus grisâtre, plus fluide que du pus phlegmoneux. Les ramifications veineuses qui environnent ces foyers, examinées avec soin, offrent des parois épaissies, friables, de petits caillots sanguins adhérents dans leur intérieur. On peut suivre ces lésions presque jusqu'aux troncs veineux principaux de la glande.

Je cherchai en vain dans les parois du vaste foyer purulent de l'avant-bras, quelque veine enflammée. Le système veineux du membre supérieur de ce côté dans toute son étendue, et celui des autres parties de l'économie, me parurent sains; quelques orifices veineux étaient béans à la surface du foyer, et je pus, quoique avec difficulté à cause de leur petitesse, y introduire un stylet.

La muqueuse du pharynx est saine, celle du larynx gonflée, non ramollie, un peu rouge. La capacité du larynx est rétrécie de moitié, et le haut de la trachée presque entièrement fermé par la pression de la

thyroïde. L'œsophage est comprimé aussi, au point de ne laisser pénétrer le manche d'un scalpel qu'avec difficulté. La muqueuse intestinale est un peu ramollie. Je cherchai scrupuleusement, mais en vain, des traces de pus dans le cerveau, le poumon, le foie, le cœur, les reins, la rate, etc.

Réflexions. — J'ai rapporté au long la marche du phlegmon intense qui suivit la chute sur le poignet pour ajouter un fait aux cas nombreux cités par les auteurs modernes surtout, et dans lesquels de graves accidents ont suivi de pareilles chutes. Comme nous l'avons vu, le traitement le plus actif reste parfois totalement impuissant pour prévenir ces résultats funestes.

J'ai insisté avec intention sur les symptômes généraux qui précédèrent la douleur sourde et l'empâtement du cou : n'étaient-ce pas là tous les signes de la résorption purulente ? Le gonflement appréciable et la douleur sourde bornés d'abord à la thyroïde et apparus rapidement au milieu des symptômes précédents; l'empâtement propagé aux parties environnantes, avec des signes locaux de réaction dans les derniers jours de la vie seulement; l'infiltration blanchâtre disposée par points, les abcès multiples semés au milieu du tissu thyroïdien non enflammé, les lésions trouvées dans les ramifications veineuses de la thyroïde, et, d'un autre côté, les adhérences de la glande aux parties environnantes, les traces d'inflammation phlegmoneuse dans ces dernières parties, etc., toutes ces circonstances, dis-je, ne peuvent-elles pas porter à penser qu'une suppuration métastatique a paru d'abord dans la thyroïde, suppuration que l'autopsie a montrée sous les deux états qui la caractérisent (abcès crus et collections purulentes), et que cette suppuration a déterminé, comme elle le fait souvent, l'inflammation des parties voisines de la glande. Il est vrai que je ne trouvai pas de phlébite aux environs de l'abcès de l'avant-bras; mais on sait que Maréchal, M. Velpeau, etc., sont loin de regarder cette inflammation comme indispensable à la production des abcès métastatiques.

Avec les lésions précédentes, l'absence de pus dans le poumon, le foie, etc., est une exception des plus rares. Les collections de journaux, les auteurs qui ont traité *ex professo* des abcès métastatiques

(Velpeau, Blandin, Maréchal, Dance, etc.), n'en font pas mention. Le dernier auteur entre autres, après avoir dit de cette lésion (*Dict. de méd.*, 2e éd., t. 1, p. 87) : « Son siége principal est dans les viscères, et en « général en raison du nombre de vaisseaux sanguins qu'ils reçoivent », et avoir ajouté plus loin : « Dans les viscères elle affecte en général de pré- « férence la portion de l'organe qui, à raison de sa masse et de son vo- « lume, offre le plus de vaisseaux sanguins », parcourt les différents organes où on la rencontre. La rate, assimilée par quelques auteurs à la thyroïde, l'a quelquefois présentée; et c'est même, selon lui, le viscère qui en est le siége le plus fréquent après le poumon et le foie. Mais il ne parle point de la thyroïde. Ajoutons une dernière réflexion : « Le plus « souvent, dit le même auteur en parlant toujours des abcès métastati- « ques, on les rencontre par vingtaine, cinquantaine ou centaine et « quelquefois par myriades »; cette assertion confirme bien ce que nous avons dit au sujet de l'état sain du poumon, du foie, etc., dans notre observation : c'est-à-dire qu'on doit considérer cet état comme un fait exceptionnel rare.

§ II.

A la suite des coups de poing ou des coups de bâton sur le nez, après les chutes sur cet organe, il peut survenir, sur les côtés de la cloison cartilagineuse des fosses nasales, des tumeurs purulentes dont M. J. Cloquet paraît avoir parlé le premier (Arnal, *journal hebdom.*, année 1830). Fleming, qui les a décrites ensuite dans un journal de Dublin, les attribue à la contusion du cartilage de la cloison. On pourrait prendre ces tumeurs pour des polypes des fosses nasales par la saillie qu'elles forment, par leur rougeur, par l'obstruction des narines qu'elles déterminent, etc., et cela surtout quand elles sont situées assez profondément; mais, comme nous le montrerons dans les observations suivantes, l'apparition de ces tumeurs soit immédiatement, soit quelques jours après une violence sur le nez, le caractère de la douleur qui les accompagne, la fluctuation, la possibilité d'enfoncer un stylet dans les fosses nasales à tout le pourtour de la tumeur excepté du côté de la cloison, etc., éloigneront les doutes. Fleming dit que

cette affection n'est pas très-rare chez les Irlandais, accoutumés à se battre au bâton. D'après deux cas qui se sont présentés à la clinique de M. A. Bérard, à la Pitié, en 1835 et 1836, et que nous y avons observés, on peut penser que la rupture soit immédiate, soit consécutive, de la cloison cartilagineuse du nez doit exister très- souvent, sinon constamment dans cette affection; la pression alternative sur les tumeurs placées de chaque côté de la cloison, renvoyant le liquide contenu de l'une dans l'autre, instruit de la communication; aussi, après la ponction sur l'une, il y a affaissement des deux, et l'on peut facilement passer un stylet dans l'orifice anormal de la cloison.

II[e] OBSERVATION.

Bosses purulentes de la cloison des fosses nasales à la suite de coups de poing sur le nez, simulant des polypes muqueux.

Cosnard, Pierre, dix-huit ans, maçon, reçut un violent coup de poing sur le nez le 7 novembre 1835. Une douleur extrêmement vive en fut la suite immédiate, et disparut presque complétement le lendemain. Le 9 la douleur reparut, mais tensive, avec pulsations. En même temps il survint de la rougeur, de la tuméfaction sur les côtés de la cloison. De la difficulté à respirer par les narines parut le cinquième jour, alla en croissant jusqu'au 19, où le malade vint à l'hôpital de la Pitié, service de M. A. Bérard.

Le nez était tuméfié, rouge, tendu, un peu luisant. Les narines étaient complétement obstruées, chacune par une tumeur rouge, lisse, peu sensible à la pression, rénitente et fluctuante. Le liquide passait de l'une à l'autre au travers de la cloison. Ces tumeurs paraissaient adhérentes à la cloison, et ne pouvaient être déplacées. Un stylet passé entre les parois de chaque narine et la tumeur pouvait pénétrer à tout le pourtour excepté entre la cloison et la tumeur. M. A. Bérard diagnostiqua deux abcès. Une incision avec le bistouri fut faite sur la tumeur du côté gauche, et donna issue à une assez grande quantité de pus un peu clair. La tumeur droite s'affaissa en partie, ce qui n'empêcha pas d'y faire une petite incision. Le stylet, porté dans ces incisions,

sentait le cartilage à nu et passait d'une tumeur dans l'autre à travers une petite ouverture arrondie du cartilage. (Injections légèrement astringentes.)

Les tumeurs s'affaissèrent, la respiration fut libre immédiatement, et le 26, jour de la sortie du malade, il n'y avait plus de traces de la tumeur du côté droit, l'incision était cicatrisée. Celle du côté gauche était réduite à une légère saillie; l'incision n'était pas encore cicatrisée, et le stylet constatait encore un décollement de 10 lignes d'étendue de la muqueuse sur le cartilage. On ne trouvait plus le trou de communication des deux narines.

Un second malade avait reçu un violent coup de poing sur le nez en janvier 1836. Le quatrième jour deux tumeurs apparurent sur les côtés de la cloison comme dans le cas précédent, et, à son entrée à la Pitié, il offrit les symptômes que nous venons de décrire. A M. Bérard qui me demandait un diagnostic je répondis sans hésiter que c'étaient des polypes muqueux des fosses nasales; les signes m'en paraissaient parfaitement dessinés; mais les renseignements donnés par le malade sur le mode d'apparition des tumeurs me firent rectifier ce diagnostic Une ponction fut faite avec un bistouri sur les deux tumeurs qui se vidèrent. Les jours suivants il s'écoula un pus séreux en assez grande abondance. Un petit séton fut passé dans le trou de la cloison au bout de quatre jours pour faciliter la sortie du pus, et laissé en place pendant trois jours. Le malade sortit complétement guéri dix jours après.

Quelquefois les tumeurs apparaissent immédiatement ou presque immédiatement après le coup, selon Fleming; elles sont alors formées par l'épanchement de sang qui suit la rupture de la cloison. Le même traitement leur est applicable. Ce paragraphe de ma thèse était fait quand j'ai lu dans les *Archives générales de médecine*, avril 1837, un mémoire de M. A. Bérard dans lequel ces deux faits sont rapportés plus au long. Ce chirurgien y a joint une histoire générale de l'affection qu'on pourra consulter avec fruit.

§ III.

Les insuccès qui suivent les tentatives les mieux combinées et les

plus persévérantes dans le traitement des fistules vésico-vaginales compliquées, la considération des obstacles sans nombre apportés à la guérison par les callosités des bords de ces fistules, par les pertes de substance, par la minceur des parois à affronter, surtout par le contact de l'urine, ont porté la plupart des praticiens modernes à ranger cette affection dans les maladies iocurables. Les fistules uréthro-vaginales, décrites par la plupart des auteurs avec les précédentes, ne soot point comprises, comme on le pense bien, dans cet anathème. Le très-petit noombre de guérisons bien constatées de fistules placées au col vésical, doit-il y soustraire aussi ces dernières? Je ne le penserais pas, car le nombre des insuccès est trop considérable. Quant aux fistules du bas-fond, l'expérience a mis leur incurabilité hors de doute. Je tâcherai plus loin de montrer par les faits qu'il n'en existe encore aucun cas de guérison complète dans la science. Ces fistules me paraissent différer des précédentes surtout sous un rapport extrêmement important pour la thérapeutique : dans ces cas seulement le contact de l'urine avec la solution de continuité, cause qui s'oppose probablement le plus puissamment à la guérison, est *nécessairement continuel*. N'est-ce pas pour cette raison que la cure des fistules uréthro-vaginales est bien moins difficile ? N'est-ce pas d'après cette idée qu'on peut se rendre compte des guérisons qu'on a obtenues dans quelques-uns des cas où le mal siégeait au col de la vessie? Dans ces dernières fistules en effet le contact de l'urine n'est pas continuel de toute nécessité : lorsque la femme est couchée sur le dos et qu'une sonde est laissée à demeure dans la vessie (conditions qui furent bien observées dans les cas de réussite), l'urine reste au bas-fond et sort par la sonde avant qu'elle soit en assez grande quantité pour s'élever à la hauteur de la fistule.

J'ai dit plus haut que la science ne possédait qu'un très-petit oombre de guérisons bien constatées, et que toutes ces guérisons avaient trait à des fistules bornées au col ou à l'urètre ou à ces deux régions en même temps. Aucune en effet n'a rapport à une fistule du bas-fond; tel a été du moins le résultat de mes recherches dont voici le sommaire : les deux guérisons observées par M. le professeur Sanson (clinique de la Pitié,

1836), sur quarante cas environ soumis aux divers traitements, sont celles obtenues par Dupuytren au moyen des caustiques : nous y reviendrons plus bas. Je n'ai pu trouver dans les auteurs qu'une cinquantaine de faits. Dans un grand nombre, les mêmes malades furent soumises, à plusieurs reprises, au même procédé ou à des procédés différents. Les guérisons se réduisirent aux suivantes : 1° Une guérison complète d'une fistule transversale au col par Erhmann (Deyber, *Thèses* de Strasbourg), au moyen de la suture; 2° une guérison d'une fistule au col qui permettait le passage du doigt, par M. Jobert, au moyen de l'élytroplastique (*Gazette médicale*, 1836); 3° une seconde guérison, par le même auteur, d'une fistule située au même lieu. Le nitrate d'argent acheva la cure commencée par l'élytroplastique. On pourrait, je crois, demander plus de détails après la guérison pour avoir une conviction parfaite; 4° une guérison d'une fistule uréthro-vaginale, par M. Lallemand (*Arch. de méd.*, 2e série, t. VII) au moyen de sa pince. Dans un second cas donné par le même auteur (*Arc. de méd.*, 1re série, t. VII), il s'agit d'une fistule transversale au col, guérie au moyen de sa pince et du nitrate d'argent. La malade quitta Montpellier avant l'entière guérison; mais les détails qu'elle donna plus tard à M. Lallemand me paraissent assez précis pour que je ne croie pas devoir douter du succès, comme semble le faire M. le professeur Velpeau. (*Méd. op.*) Il faut convenir néanmoins qu'à la nature seule appartint l'achèvement de la cure; le cas rentre dans ceux où la guérison s'effectua seule alors que la fistule était petite, comme MM. Clémot (*Biblioth. méd.*, t. LIX) et Cumin de Glascow (Edimbourg, *Méd., journ.*, n° 76) en ont cité des exemples; 5° une guérison d'une fistule longitudinale au col, par M. Malagodi (*Arch. de méd.*, t. 21, p. 120), au moyen de la suture et du nitrate d'argent. On pourrait exiger plus de détails après la cure; 6° trois guérisons de fistules au col, dont deux par Dupuytren (les deux dont parlait M. Sanson), et une par Delpech, au moyen du nitrate d'argent et du cautère actuel. Les fistules étaient petites excepté dans l'un des cas de Dupuytren dans lequel la fistule longitudinale avait détruit toute la paroi inférieure de l'urèthre et du col. Cette guérison est sans contredit la plus étonnante.

Je terminerai cette discussion sur les fistules vésico-vaginales par une observation détaillée, intéressante, noo par le résultat du traitement puisque la guérison n'eut pas lieu, mais par la multiplicité et la nouveauté des procédés qui furent employés. Elle confirme pleinement d'ailleurs ce que j'ai dit sur l'incurabilité des fistules du bas-fond:

IIIe OBSERVATION.

Fistule transversale au bas-fond de la vessie; traitement par plusieurs procédés nouveaux; insuccès.

Une fille de vingt-six ans passa une grande partie de l'année 1836, dans le service de M. le professeur Sanson à la Pitié. Elle portait, au bas-fond de la vessie, une fistnle transversale de treize lignes de longueur, à bords calleux.

Dans une première tentative, M. Leroy-d'Étiolles essaya le procédé suivant : les bords de la fistule devaient être renversés au dedans de la vessie de façon à former bouchon. Ces bords devaient alors se trouver en contact par leur face vaginale avivée au moyen d'un bistouri particulier. Le contact aurait été maintenu au moyen d'une suture enchevillée dont les fils n'auraient saisi qu'une portion de la paroi vésico-vaginale du côté du vagin. Le point d'union devait être par là soustrait au contact de l'urine. Mais les fils ne purent être passés dans l'épaisseur de la paroi vaginale. La pince, inventée à l'effet de saisir cette paroi et de faire agir les aiguilles, manqua son but. Les tentatives durèrent trente-cinq minutes; la malade souffrit beaucoup.

Quinze jours après (17 mai 1836), le même opérateur tenta un nouveau procédé : il voulait, après avoir introduit un spéculum fenêtré, abaisser les lèvres de la fistule du côté du vagin au moyen d'un double crochet qui saisirait ces bords par un mouvement de bascule. Par là, un cône était formé en sens inverse de celui du procédé précédent. La muqueuse vésicale, mise en contact, était alors avivée avec un instrument spécial. Le cône vaginal était ensuite traversé crucialement à sa base par deux aiguilles laissées en place. Une ligature, passée au-dessus des aiguilles, serrait alors le cône par sa base, et le fixait jusqu'à

adhésion. Le cône vaginal fut en effet formé facilement, l'avivement opéré et les aiguilles bientôt mises en place. Mais la ligature ne put être passée au-dessus de l'extrémité profonde des aiguilles. M. Leroy essaya en vain pendant près de trente-cinq minutes à la porter soit avec l'index, soit avec un double serre-nœud de Desault. D'un côté, le cône vaginal remplissait presque tout le spéculum ; de l'autre, l'extrémité postérieure des aiguilles, qui appuyait fortement contre la paroi vésicale, et menaçait de la perforer, ne pouvait être abaissée. L'opération fut abandonnée au bout de cinquante minutes.

Le 1er juin, M. Leroy put achever le procédé précédent en se servant d'un spéculum à deux valves articulé latéralement, et qui maintenait la ligature à passer au-dessus des aiguilles. Des aiguilles droites avaient aussi remplacé des aiguilles courbes employées dans le premier cas. L'opération dura une heure. Jusqu'au 4 juin, la malade alla bien; pas une goutte d'urine n'était sortie par le vagin. Mais le 5, des symptômes imminents de péritonite forcèrent M. Leroy à enlever les aiguilles; l'une d'elles fut cherchée pendant près d'une demi-heure, et enlevée au milieu des douleurs les plus vives. Les urines passèrent immédiatement par la fistule comme auparavant.

Malgré les insuccès et les souffrances éprouvées, la malade voulut encore se soumettre à des essais : M. le professeur Sanson mit le procédé suivant à exécution le 26 août 1836, après avoir essayé inutilement pendant quelque temps la cautérisation : la malade fut placée sur les genoux; le siége, le ventre et la poitrine étaient soutenus par des coussins. Dans un premier temps, au moyen du lithotome double de Dupuytren, introduit dans l'urèthre, il agrandit le canal de quatre lignes de largeur de chaque côté. Un aide y introduisit profondément l'indicateur, et déprima fortement les bords de la fistule de façon à la faire saillir dans le vagin et à l'amener presqu'à l'orifice extérieur, afin d'agir plus facilement sur elle. La pression sur le col vésical fit pousser des cris violents à la malade. M. Sanson eut soin de recommander à l'aide de ne pas trop appuyer sur le col de crainte de le fatiguer, et de produire une incontinence d'urine pour la suite. La fis-

tule, amenée très-près de l'orifice vaginal, M. Sanson put facilement l'aviver à tout son pourtour au moyen d'un bistouri ordinaire. Armant ensuite d'aiguilles courbes le porte-aiguille de M. Roux, il traversa la lèvre postérieure de la fistule du vagin vers la vessie; puis la lèvre antérieure de la vessie vers le vagin. Trois fils furent passés, et deux bouts de sonde en gomme élastique, placés dans leurs anses, formèrent une suture enchevillée et fermèrent exactement par leur rapprochement les bords de la fistule. L'opération dura trois quarts d'heure. La malade avait beaucoup plus souffert que dans les opérations précédentes.

Les deux premiers jours, la malade se tint exactement sur le ventre. Jusqu'au 29, aucune goutte d'urine ne s'écoula par le vagin. Mais à partir du lendemain de l'opération, les symptômes firent craindre de plus en plus une péritonite. M. Sanson ne s'en effraya pas d'abord; mais le 29, les craintes augmentant, et d'ailleurs le temps de la réunion étant arrivé si elle devait se faire, les anses de fil furent coupées avec la plus grande précaution. L'urine se mit immédiatement à couler par le vagin, et les jours suivants, la fistule était comme avant l'opération. La malade sortit de l'hôpital trois semaines après.

Réflexions. — J'ajouterai peu de choses à cette observation : dans le premier procédé de M. Leroy, comme on l'a vu, le point où doit s'opérer la réunion est soustrait au contact de l'urine; c'est un avantage immense, mais la saisie et la perforation des bords de l'ouverture offrent, je crois, des difficultés qu'il sera bien rare de surmonter. Dans son deuxième procédé, on a à redouter l'imperfection de l'avivement, l'étranglement du cône par la ligature et le contact de l'urine. Dans celui de M. Sanson, tout est bien calculé; mais le contact de l'urine qui n'était pas prévenu fut l'empêchement le plus puissant à la réunion.

§ IV.

La science possède aujourd'hui dix-huit ou dix-neuf cas d'introduction de l'air dans les veines pendant les opérations. Je ne comprends

point dans ce nombre deux cas rapportés par Lieutaud dans lesquels les malades moururent peu de temps après une saignée de la jugulaire : les détails ne sont pas assez précis et assez étendus pour affirmer que l'entrée de l'air dans le système veineux fut la cause de la mort, comme le veut M. Putegnat (*Thèses* de Paris, 1834). J'en dirai autant d'un fait semblable observé par M. Putegnat lui-même chez un malade tombé en apoplexie (*loc. cit.*). Mon dessein n'est point de faire l'histoire générale de cet accident ; la tâche a déjà été remplie par MM. Ollivier d'Angers (*Dict. de Méd.*, 2[e] édit., t. II), Saucerotte (*Thèses* de Strasbourg, 1828), Putegnat (*loc. cit.*), etc... Je me contenterai de quelques réflexions au sujet d'un fait remarquable de ce genre que j'ai eu l'occasion d'observer et que je rapporterai plus loin.

Sous le rapport de la marche et de la terminaison des accidents, dix-huit cas que j'ai colligés d'après des recherches assez nombreuses, peuvent être rangés de la manière suivante :

TERMINAISON.	CAS.	SIGNE LOCAL.	SYMPTOMES GÉNÉRAUX.
Mort instantanée.	11 fois. .	Un ou plusieurs sifflements distincts.	Tremblement, syncope, etc. .. mort.
Mort de 15 minutes à quelques heures après l'accident.	3 fois. . .	1° (Beauchène, *journal de Magendie*, t. 9), deux légers bruissements.	Syncope immédiate qui se continue et se termine par la mort au bout de 15 minutes.
		2° (Warren, *Gaz. méd.*, 1833, t. 1, p. 226), un seul bouillonnement.	Coma immédiat qui se continue et finit par la mort au bout de 20 minutes.
		3° (Clémot, *Lanc. fr.*, 1831), pas de détails.	Mort au bout de quelques heures.
Mort après quelques jours ou guérisons.	4 fois . .	1° (Roux, *Gaz. méd.*, 1831), un sifflement léger et unique.	Cessation complète des symptômes précédents au bout de quelques minutes ; aucun accident jusqu'au 7[e] jour, où la malade est frappée subitement de coma, et meurt quelques heures après.
		2° (Warren, *loc. cit.*), un léger bruit de bulles d'air traversant un liquide.	Apoplexie subite (artériotomie temporale), cessation au bout de 2 heures ; guérison le lendemain
		3° (Clémot, *loc. cit.*), sifflement unique.	Symptômes précédents (prompte ligature de la veine) ; guérison.
		4° (Clémot, *loc. cit.*), plusieurs légers sifflements.	Aucun accident immédiat ou secondaire ; ligature de la veine qui est très-petite.

Si j'ai noté avec soin dans le tableau précédent le bruit déterminé

par l'introduction de l'air dans les différents cas, son intensité, sa durée, s'il se répéta plusieurs fois; si j'ai appuyé d'un autre côté sur la marche des accidents immédiats et consécutifs, c'est parce que, je pense que le premier pourra peut-être faire préjuger de la marche ultérieure des seconds. Par l'intensité du sifflement entendu, par son renouvellement, etc., ne pourra-t-on pas, en effet, juger comparativement si une forte ou une petite quantité d'air a été introduite? et c'est là, comme on le pense bien, la question la plus importante pour les résultats. Si le bruit a duré peu de temps, s'il n'a pas eu beaucoup d'intensité, s'il ne s'est pas répété, etc., ne pourra-t-on pas croire qu'une faible quantité d'air a passé dans les vaisseaux, et ne sera-t-il pas rationnel d'espérer plus que, dans le cas contraire? Le tableau précédent me paraît venir à l'appui de ces idées. Quand la mort a été instantanée, le plus souvent le soufflement a été bien distinct et répété. Je dis le plus souvent, car quelquefois, il faut l'avouer, les malades sont morts subitement, lors même que le chirurgien avait à peine entendu un léger bruit qui n'avait pas récidivé. Chez les malades qui vécurent encore depuis quinze minutes à quelques heures, les bruits furent généralement moins distincts et moins intenses que dans les cas de morts subites. Mais dans la troisième catégorie de faits, la différence est très appréciable: chez la malade de M. Roux, qui ne mourut que le septième jour, on n'entendit qu'un sifflement léger et unique; l'opérateur comprima immédiatement le vaisseau. Chez le malade de M. Warren qui guérit, le bruit fut très-léger et court; on eût dit seulement que quelques bulles d'air passaient au travers d'une masse d'eau. Chez les deux malades de M. Clémot, le sifflement fut léger et unique dans un cas; dans l'autre, il n'y eut même pas d'accidents immédiats, il y eut plusieurs sifflements, mais extrêmement légers, non répétés coup sur coup. Il faut convenir néanmoins que les dispositions individuelles des malades, que des circonstances inconnues, etc., viendront quelquefois contredire d'une manière frappante toutes nos théories. Le malade que j'ai observé en est un exemple remarquable: un soufflement prolongé fut entendu distinctement à trois

reprises différentes, qui se succédèrent de très-près; les accidents cessèrent cependant, et le malade ne mourut qu'au bout de trois heures et demie. Voici le fait :

IV[e] OBSERVATION.

Ablation d'une tumeur au cou ; entrée de l'air dans la jugulaire interne. Accidents subits cessés au bout de huit minutes ; mort presque subite au bout de trois heures et demie.

M. Mirault, d'Angers, pratiquait, sur un homme de cinquante ans à peu près, l'ablation d'une tumeur fibreuse et ganglionnaire volumineuse, placée sur le côté droit du cou. L'opération durait depuis près d'une heure; le malade n'avait perdu qu'environ douze onces de sang, malgré les nombreuses ligatures qu'il avait fallu déjà pratiquer. Il ne paraissait pas sensiblement affaibli, et supportait avec courage l'opération, assis dans une chaise. Au moment où l'opérateur, après avoir relevé la tumeur, la disséquait très-attentivement pour la séparer des nombreux organes sous-jacents auxquels elle adhérait d'une manière tellement intime qu'elle paraissait faire corps avec eux, on entendit tout à coup un sifflement *très-distinct*, une espèce de *reniflement* prolongé, comme l'a dit Delpech. M. Mirault se hâta de placer le doigt sur le lieu où il venait de donner un coup de bistouri. Le malade, interrogé s'il n'éprouvait rien, répondit négativement. Un quart de minute plus tard, l'opérateur dérangeant son doigt pour chercher et lier la veine ouverte, le même bruit se renouvela *aussi distinctement* par deux reprises, qui coïncidèrent avec les mouvements d'inspirations (on avait bien recommandé cependant au malade de suspendre sa respiration). Immédiatement la face pâlit, deux longues inspirations se succédèrent, un tremblement général survint, accompagné de secousses tétaniques, etc. M. Mirault se hâta à l'instant de replacer le doigt sur la veine; le malade fut étendu sur un plan horizontal. Malgré la pression la plus exacte, un sang noir inonda la plaie; le malade ne respirait plus. L'o-

pérateur saisit promptement le vaisseau divisé, malgré le sang noir abondant qui masquait toute la surface dénudée (c'était la jugulaire interne ouverte dans plus de la moitié de son calibre, à un pouce et demi environ au-dessus de la clavicule), et le circonscrivit par une ligature, au moyen d'une aiguille courbe: le sang s'arrêta immédiatement. Une minute et demie environ s'était écoulée depuis l'apparition des accidents (eau froide au visage, frictions précordiales, position horizontale, etc.) Le malade se mit peu à peu à respirer, à se remuer. Cinq minutes plus tard, la connaissance et la voix étaient revenues, le pouls avait repris son rhythme et toute sa plénitude. L'espoir reprit parmi les assistants. Après huit minutes de repos, le malade, revenu complétement à lui, laissa volontiers achever l'opération. Il continua à répondre aux questions, à respirer librement, et ne parut avoir de tendance à la syncope que par un moment où on lui élevait la tête au-dessus du plan horizontal. Le pouls redevint faible, mais régulier. La masse fut enlevée en totalité, un pansement provisoire appliqué. Huit onces de sang environ s'étaient écoulées depuis l'accident. On replaça le malade dans son lit, en conservant la position horizontale, on craignait la syncope. La voix était affaiblie, la respiration un peu gênée. Des frissons intenses et généraux ne tardèrent pas à se manifester (pot. calm., vin généreux), et persistèrent. M. Mirault ne vit pas changer l'état du malade pendant environ une heure qu'il resta auprès de lui; seulement le vin et la potion furent vomis par trois fois. Il s'absenta ensuite pendant deux heures, au bout desquelles on le rappela précipitamment. Le malade, demeuré toujours dans le même état, lui dit-on, venait tout à coup de tomber très-mal. M. Mirault le trouva avec tous les signes de la suffocation (face violacée, extrémités froides, pouls insensible, inspirations rares et très-laborieuses, etc.), et le vit succomber au bout de dix minutes. L'autopsie ne put être faite.

Réflexions. — Je rappellerai d'abord, au sujet de ce fait, la remarque faite déjà par M. Ollivier (*loc. cit.*) sur le siége des lésions qui nécessitèrent les opérations pendant lesquelles l'accident se manifesta. Dans

presque tous les cas le mal était placé, comme ici, du côté droit : à quoi rapporter cette coïncidence ? Comme ici encore, l'introduction de l'air s'est effectuée presque toujours pendant l'extirpation de tumeurs, quand l'opération durait déjà depuis un certain temps, et au moment où l'opérateur relevait ou tiraillait la masse morbide pour achever de la détacher. La distension des parois veineuses que ces manœuvres déterminent est en effet ce qui peut arriver de pis ; car si la proximité du vaisseau blessé avec le centre circulatoire, l'étendue de sa lésion, son calibre, etc., sont des prédispositions à la manifestation de l'accident, son état de tension et de dilatation en est la condition nécessaire, et peut faire qu'il survienne indépendamment même des circonstances précédentes. Certainement le malade de M. Castara (*Thèse* de Strasbourg, 1828) ne serait pas mort si la petite branche de la sous-scapulaire, seul vaisseau veineux qu'on trouva divisé, n'eût pas été distendue au moment de sa section. Certainement que le malade de Dupuytren n'eût pas été foudroyé par cet accident, si la saphène qui avait été coupée n'eût pas été variqueuse, et surtout si ses parois n'eussent pas perdu leur rétractilité et leur souplesse. (Lodge, *Gaz. méd.*, 1833.) J'en dirai autant du malade chez lequel Delpech pratiqua la désarticulation scapulo-humérale, pour un état de dilatation générale des vaisseaux du membre supérieur. (*Mém. des hôpitaux du Midi*, 1830.) Avec quelle exactitude on doit donc se conformer au sage précepte donné par M. Warren (*loc. cit.*), d'éviter le plus possible de soulever, de tirailler les masses qu'on extirpe, et à celui qu'enseignait Dupuytren, de diviser préalablement les tumeurs à enlever en plusieurs portions pour arriver au même but.

Une autre réflexion m'est suggérée par le fait précédent : lorsque le malade succombe instantanément, tous les phénomènes qui apparaissent sont produits évidemment par la suspension de la circulation, par l'impossibilité du retour du sang dans les cavités droites du cœur, dilatées outre mesure par l'air qui y a pénétré et s'y est raréfié (MM. Magendie, Ollivier). Car, comment concevoir avec Nysten, que l'air passe par les vaisseaux pulmonaires immédiatement après son introduction,

et détermine, par son accumulation dans les cavités gauches du cœur, les troubles de la circulation dont nous venons de parler ? Comment concevoir avec MM. Piédagnel et Leroy-d'Étiolles (*Arch. de méd.*, 1re série, tom. VII) que l'air introduit passe immédiatement dans les vaisseaux pulmonaires, les distend, les rompt et détermine un emphysème interlobulaire subit qui fait périr immédiatement le malade? mais, quand la mort se fait attendre un certain temps, les phénomènes sont plus complexes : le malade meurt ordinairement alors après des symptômes formidables qui viennent remplacer subitement ou presque subitement un état satisfaisant (observation de M. Roux (*loc. cit.*), mon observation), symptômes parmi lesquels prédominent ceux de l'asphyxie. Ce n'est pas que je veuille prétendre que la terminaison fatale soit due toujours alors à une cause identique, car la congestion pulmonaire, la congestion cérébrale, l'emphysème du poumon, etc., se conçoivent bien tour à tour après la nature des accidents primitifs; mais, d'après le fait que j'ai observé, le malade me paraît mourir alors surtout par le poumon; et malgré ce qu'en dit M. Putegnat (*loc. cit.*), les lésions qu'on constate à l'autopsie, dans ces cas, me portent, avec M. Ollivier, à attribuer une grande part des accidents à l'emphysème pulmonaire. La théorie de MM. Piédagnel et Leroy n'aurait donc que le tort d'être trop exclusive.

J'ajouterai une dernière remarque, que M. Roux n'a point laissé échapper. Dans une syncope ordinaire, quand le malade revient à lui, ce n'est que graduellement que le pouls reprend son rhythme et surtout sa force. Chez notre malade, au contraire, comme dans la plupart des cas où la syncope, déterminée par l'introduction de l'air dans le système veineux, cessa, le pouls a repris presque subitement toute sa force, toute sa plénitude. N'est-ce pas là l'effet de l'activité que l'introduction du fluide gazeux imprime à la circulation, quand il est introduit en quantité non suffisante pour amener une mort immédiate ?

§ V.

Lorsqu'on a créé les mots *exostoses, périostoses, ostéo-sarcôme, spina-ventosa*, etc., pour différencier les tumeurs des os, on a tenu compte non-seulement des caractères anatomiques présentés par ces tumeurs, mais encore de leur marche, de leurs symptômes, etc. L'examen anatomique seul ne justifierait pas, en effet, dans un grand nombre de cas, la description isolée de ces diverses affections, comme l'ont donnée la plupart des auteurs. La nature ne s'astreint pas ordinairement dans ses productions à des lignes de démarcation aussi tranchées; en d'autres termes, on trouvera souvent confondus dans les tumeurs du tissu osseux les caractères assignés à chacune des dénominations précédentes. J'en prendrai pour exemple l'ostéo-sarcôme: ce mot, employé par Boyer, M. Bégin (*Dict. de méd. et chirurg. prat.*) pour désigner le *cancer des os*, outre qu'il est bien vague et mal choisi, eu égard à l'état actuel de l'anatomie pathologique, et cela soit dit en passant; ce mot, dis-je, dans les cas où l'on s'en est servi, a rarement été appliqué à une lésion purement cancéreuse de l'os. C'est en effet des tumeurs cancéreuses des os qu'on doit dire ce que M. le professeur Bérard (*Dict. de méd.*, 2ᵉ édit., tom. VI, p. 293) dit des tumeurs cancéreuses en général: une foule d'accidents de nutrition, comme il les appelle, tels que des végétations osseuses, du cartilage, du tissu fibreux accidentel, des kystes contenant des matières très-variées, etc., se mêlent aux produits colloïde ou encéphaloïde; quant au tissu squirrheux, s'il a été vu quelquefois dans les tumeurs des os, cela a dû être extrêmement rare. Je ne connais même aucun exemple qui soit venu démentir, sous ce rapport, les idées de Scarpa sur le siége primitif du squirrhe; car je regarde avec M. Bérard (*loc. cit.*), comme de l'encéphaloïde à l'état cru les tumeurs lardacées, décrites par Boyer (tom. III de sa *Chirurgie*) et par d'autres auteurs, tumeurs qui avaient commencé par la substance osseuse. De cette fusion fréquente de différents produits dans l'ostéo-sarcôme, naîtra donc, dans bien des cas, la difficulté de l'isoler nettement.

En quoi différera-t-il, en effet, de certaines exostoses fongueuses dégénérées ? pourquoi le séparer de certains spina-ventosa, que A. Cooper a si bien montré être des productions encéphaloïdes par la description exacte qu'il en a donnée sous le nom d'exostose médullaire? De là ont donc dû naître des dissidences parmi les auteurs sur l'acception rigoureuse de ce mot : aussi voyons-nous Cumin de Glascow (*Ed. méd. journ.*, n° 82) vouloir qu'on réserve le mot ostéo-sarcôme pour le spina-ventosa; et S. Cooper (*Dict. de chirur.*), après avoir avoué tout le vague de ce mot, y rapporter l'exostose de la clavicule et la tumeur fongueuse du sinus maxillaire.

Ces réflexions me sont suggérées au sujet d'une tumeur du tissu osseux que j'ai eu l'occasion d'observer. Le fait de Boyer (*Chirur.*, t. III) me paraît y ressembler presque en tous points; seulement, chez mon malade, la tumeur presque aussi volumineuse que dans le cas du chirurgien de la Charité, se développa bien plus rapidement, et le tissu encéphaloïde qui la constituait en grande partie y offrit ses différents degrés d'une manière bien tranchée :

Ve OBSERVATION.

Tumeur encéphaloïde énorme du fémur, développée dans l'espace de quatorze mois ; amputation, mort.

Martineau Joseph, âgé de vingt-un ans, tisserand, ayant peu d'embonpoint, a toujours joui d'une bonne santé. Issu de parents sains, il n'a jamais eu de symptômes de scrofules ou de syphilis. Ses frères et sœurs sont bien portants. Il habitait des caves humides. En juin 1834 le travail de la récolte, auquel il se livrait, contre son habitude, le fatigua beaucoup. Vers la fin du mois il fut pris spontanément, dans le tiers inférieur de la cuisse et profondément, d'une gêne avec fourmillement qui persista. Le lit augmentait la douleur. Martineau continua ses travaux. La pression n'était pas douloureuse sur le lieu où il souffrait. Pendant les six premiers mois, le malade ne trouva rien de changé à sa

cuisse. A partir de janvier 1836, les douleurs devinrent rongeantes, profondes; le malade s'aperçut que le fémur était douloureux à la pression dans sa moitié inférieure et qu'il grossissait, mais lentement. Sa santé étant toujours bonne, il continuait son métier de tisserand; mais, à partir d'avril, le gonflement du fémur s'accrut avec une rapidité effrayante; les douleurs devinrent intolérables, le malade maigrit, et fut forcé de garder le lit, les mouvements du genou devenant impossibles et la tumeur extrêmement pesante. Les résolutifs, les fondants (savon, onguent mercuriel), n'ayant aucun effet sur la marche du mal, Martineau se vit forcé d'entrer à l'Hôtel-Dieu d'Angers, en août 1835. L'examen attentif du malade nous fit constater les lésions suivantes:

Une tumeur énorme a envahi les trois quarts inférieurs de la cuisse. Ovoïde, ayant son grand diamètre dans le sens du fémur, un peu aplatie sur les côtés, sa surface offre de larges bosselures parsemées de veines bleuâtres; en quelques points la peau est d'un rouge foncé, amincie dans toute l'étendue. Une fluctuation est manifeste par espaces dans près de la moitié de la masse; dans les autres points, le tissu osseux hypertrophié se sent immédiatement sous la peau. La pression est extrêmement douloureuse. La tumeur se continue en arrière à deux pouces au-dessous du jarret.

Étendue longitudinale de la tumeur, 15 pouces; étendue transversale, 9 pouces; diamètre antéro postérieur, 10 pouces et demi; circonférence, vers le milieu et au niveau des condyles, 2 pieds. Les condyles du fémur, énormément gonflés, se dessinent très-bien sous la peau. La tumeur s'élève à 2 pouces au-dessous du trochanter; au-dessus, le fémur paraît sain.

Les douleurs sont excessives, rongeantes; le malade est miné par une fièvre continue. Le diagnostic ne parut pas un instant douteux: la fluctuation, si manifeste par espaces, fit penser à une masse encéphaloïde du fémur ramolli par portions. L'amputation, sollicitée par le malade, fut faite le 20 août à trois pouces de la hanche et n'offrit au-

cune particularité. Le malade mourut le 31 août avec des signes de résorption purulente.

Nécropsie du membre. — La peau amincie, est fortement adhérente, au niveau des condyles, à un tissu jaunâtre, comme fibro-cartilagineux, à fibres distinctes qui se continuent avec la masse condylaire. Sur la tumeur, les muscles sont décolorés, très-amincis, éraillés par larges espaces au travers desquels paraît la masse anormale. Celle-ci, de consistance fibro-cartilagineuse, jaunâtre, au niveau des condyles, est grisâtre, élastique, comme granulée dans la moitié supérieure. Un espace de trois pouces ressemble, à s'y méprendre, à la couleur et à la forme des circonvolutions cérébrales. Toute la portion élastique, grisâtre, forme les parois d'une vaste poche à compartiments et à parois dont la surface interne granulée, ramollie, ne laisse aucun doute sur la nature d'un encéphaloïde passé au deuxième degré. Trois septiers d'un liquide gluant, jaunâtre, sont contenus dans la poche. Une poche semblable, isolée de la première, contenant le même liquide, existe dans la portion de tumeur qui occupe le jarret.

Toute la masse des condyles est formée par le tissu lardacé, jaunâtre, sur lequel Boyer a surtout insisté dans son observation, tissu qui paraît avoir amené surtout la dénomination d'ostéo-sarcôme. Le scalpel enfoncé y était arrêté à une certaine profondeur par du tissu osseux. Après avoir scié la masse dans le sens antéro-postérieur, il fut facile de suivre les fibres du tissu de nouvelle formation; elles naissaient des condyles et de la portion voisine du fémur, à la surface de la substance compacte restée saine. Je ne pus voir si elles partaient du périoste ou des lames osseuses superficielles; de là elles allaient en rayonnant, d'abord osseuses, puis comme fibro-cartilagineuses, se fondre dans le tissu friable et grisâtre des parois des poches. Le corps du fémur plongeait dans la masse en se conservant intact. A deux pouces de profondeur son canal se remplissait par la substance lardacée; la substance spongieuse était disparue.

L'articulation du genou était saine; la rotule et l'extrémité supé-

rieure des os de la jambe un peu ramollis, rougeâtres, étaient augmentées de volume; les vaisseaux cruraux et le nerf sciatique traversaient la masse en arrière. Le membre, après l'amputation, pesait trente-trois livres. En faisant dessécher la tumeur, après n'avoir conservé que la portion lardacée, il fut facile de voir qu'elle consistait en un rayonnement de faisceaux osseux dans l'intervalle des fibres desquels la matière encéphaloïde s'était logée.

Réflexions. — Il est facile, je crois, de retrouver dans l'altération précédente l'encéphaloïde à des degrés divers : à l'état cru, dans la masse condylaire lardacée; à l'état de ramollissement granuleux, friable, dans le tissu grisâtre qui formait les parois des poches; enfin, à l'état de ramollissement extrême, dans le liquide huileux, jaunâtre, qui remplissait ces poches. On pouvait suivre en effet avec facilité la fusion insensible de ces produits de diverse consistance. Un seul produit étranger s'y était joint, mais en très-forte proportion, je veux parler du tissu osseux accidentel qui formait le canevas de la tumeur, et que la dessiccation montrait constituer presqu'à lui seul le centre de la tumeur. Il y avait donc tout à la fois dans la pièce que nous décrivons et de l'exostose et du cancer proprement dit, et je ne sais même pas si la dénomination d'*exostose dégénérée* ne conviendrait pas mieux ici que celle d'ostéo-sarcôme. J'ai peine à croire cependant, à cause de la marche extrêmement rapide de l'affection, que le tissu osseux et le tissu encéphaloïde ne se soient formés que successivement, pour se transformer ensuite l'un dans l'autre. Convenons toutefois que vouloir trancher la question serait entrer dans le champ de l'hypothèse, car on sait que la marche du cancer ou par formation d'un tissu nouveau, ou par transformation d'un tissu normal ou analogue est encore un sujet de contestations; et concluons que si, par exemple, dans le cas qui nous occupe, les dénominations d'ostéo-sarcôme ou d'exostose dégénérée peuvent être également justifiées, les mots dont on s'est servi pour différencier les tumeurs des os et les caractères assignés à chacune des altérations qu'ils désignent, existent souvent plutôt en

théorie qu'en pratique, et laissent beaucoup à faire, dans l'état actuel de la science, pour mettre tous les auteurs d'accord.

Malgré ce que les auteurs ont dit de la rapidité de la marche des tumeurs cancéreuses dans quelques cas, on aura droit encore d'être étonné de l'acuité qu'elle suivit dans le cas qui nous occupe. En janvier 1836, à peine pouvait-on distinguer que le fémur était un peu plus gros que celui du côté opposé; en août suivant, la tumeur était énorme (15 pouces de longueur, 2 pieds de circonférence.....)

Je ferai remarquer enfin l'apparition spontanée du mal chez un sujet bien portant; la naissance apparente du tissu anormal dans le périoste et les lames superficielles de l'os., etc.

§ VI.

On sait que l'angine laryngée chronique, arrivée à une certaine période, s'accompagne d'accès de suffocation qui viennent de temps en temps remplacer les symptômes habituels de l'affection. Personne peut-être ne les a mieux décrits que MM. Trousseau et Belloc (*Journal des conn. médico-chir.*) Dans l'œdème de la glotte, des accès semblables viennent s'ajouter le plus souvent à l'orthopnée, à la douleur au larynx, aux modifications de la voix, au bourrelet œdémateux épiglottique, etc., en un mot aux signes continus de la maladie. Ces accès peuvent s'accompagner quelquefois des symptômes d'une fièvre intermittente, pour paraître avec eux d'une manière périodique. En 1834, j'eus l'occasion d'observer un fait de ce genre à l'Hôtel-Dieu d'Angers, dans le service de M. Guépin. Outre qu'il a trait à une angine laryngée œdémateuse aiguë, maladie assez rare, comme l'on sait, il a droit surtout à intéresser, en ce que, aux signes ordinaires de l'œdème de la glotte, se joignirent trois accès de fièvre intermittente, accompagnés d'une suffocation imminente, et qui cessèrent par l'emploi du sulfate de quinine.

VI[e] OBSERVATION.

Angine laryngée œdémateuse aiguë. Accès de suffocation revenant sous le type tierce, et cessés par l'emploi du sulfate de quinine. Guérison de l'œdème de la glotte au bout de douze jours.

Un couvreur de cinquante-quatre ans n'avait jamais eu de maladie du larynx. Le 10 mai 1834, il était à travailler, quand il reçut, tout en sueur, une pluie abondante sur le dos. Le lendemain au matin, il y avait de la douleur au pharynx, de l'oppression, de l'enrouement sans fièvre. Ces symptômes augmentèrent sensiblement dans la journée; le soir tous les signes d'une angine laryngée œdémateuse aiguë existaient. Les parois pharyngiennes étaient rouges, les amygdales un peu gonflées, la déglutition douloureuse, la respiration sifflante, sans que cependant l'oppression eût encore un caractère alarmant. La voix était rauque et basse : le doigt, porté profondément à la base de la langue, sentait distinctement le bourrelet œdémateux épiglottique noté par les auteurs ; l'inspiration surtout était laborieuse; il y avait de la douleur à la pression sur le larynx, etc. Il y avait un peu d'anxiété; mais le malade était toujours sans fièvre. (10 sangsues au cou, garg.) La nuit fut assez calme, et le lendemain, 12, dans la matinée, l'état du malade restait stationnaire. A trois heures de l'après-midi il était levé dans la salle, quand des frissons violents le forcèrent à se coucher; ces frissons durèrent environ trois quarts d'heure et furent suivis d'une chaleur vive; une oppression effrayante parut en même temps. On m'appela pour voir le malade vers cinq heures. La face était anxieuse, rouge; la peau très-chaude; le pouls vif, à 120, l'oppression extrême. Le malade, obligé de se tenir assis pour respirer, se levait par moments avec violence hors de son lit pour chercher la respiration qui lui manquait; on avait peine à entendre les mots rares qu'il prononçait très-difficilement. Le bourrelet épiglottique était très-prononcé, la région du larynx très-douloureuse à la pression. Il toussait peu, la sonoréité existait par tout le thorax, où la respiration s'entendait partout

aussi, mais faible. Une expectoration glaireuse avait lieu de temps en temps, après des efforts violents et comme convulsifs. (Sinapismes aux cuisses, vésic. au cou, position assise.) Je ne perdis pas le malade de vue. Vers sept heures une sueur abondante remplaça la chaleur sèche; le malade devint plus calme, la respiration ne tarda pas à se faire plus librement, et vers neuf heures il put s'endormir. Le 13 au matin le malade était encore baigné de sueur, mais tous les accidents de la veille étaient disparus. Il passa la journée dans l'état qui avait précédé l'accès. Il n'y avait plus de fièvre, le bourrelet épiglottique était un peu diminué. (Diète, le vésicatoire suppure, garg.)

Le 14. A trois heures et demie de l'après-midi, le malade fut de nouveau obligé de se coucher pour les mêmes accidents qu'il avait éprouvés le 12. Frissons violents, suivis de chaleur sèche, d'une oppression extrême, etc. Terminaison complète des accidents au bout de sept heures environ par une sueur abondante. Cette fois la suffocation fut encore plus à craindre; à chaque instant le malade se levait précipitamment et se cramponnait à son lit pour respirer en haletant. Le facies exprimait une terreur profonde, le bourrelet épiglottique avait repris tout son volume, etc. Des sinapismes promenés sur les membres, un vésicatoire sur le cou, etc., n'influèrent en rien sur l'accès. Le lendemain matin il n'y avait plus à douter du caractère périodique des accidents; l'indication du sulfate de quinine était bien positive. M. Guépin prescrivit 20 gr. de sulfate de quinine à donner en cinq fois dans la journée et dans la matinée du 16. Pendant ce temps les symptômes d'œdème de la glotte restaient à peu près comme avant les accès. Le 16, à quatre heures, des frissons parurent, mais ils ne durèrent que quinze minutes; de la chaleur les suivit, avec une recrudescence marquée de l'oppression, mais cette fois elle ne fut pas très-effrayante; les sueurs parurent vers six heures et demie, et le malade reposait tranquillement une heure et demie plus tard.

Le sulfate de quinine fut continué le lendemain à la dose de 12 grains. Les accès ne reparurent plus. La douleur au pharynx, l'oppression, le bourrelet épiglottique, la gêne de la déglutition, la faiblesse et la

raucité de la voix, un malaise général, avec un peu d'accélération du pouls, etc., persistèrent encore pendant six jours, et cédèrent progressivement aux gargarismes résolutifs, au vésicatoire du cou, etc., etc.

Réflexions. — Décrite pour la première fois par Bayle (*Mém. de la Faculté de méd. de Paris*) sous le nom d'œdème de la glotte, d'angine laryngée œdémateuse, l'affection que nous venons d'observer se présente ou avec une inflammation aiguë des parois pharyngiennes et laryngées, comme dans notre observation, ou bien plus fréquemment avec une inflammation subaiguë qui vient compliquer une altération chronique de ces mêmes parties. La dénomination employée par Bayle ne doit donc pas être prise à la lettre, comme parait l'avoir fait cet auteur; elle indiquerait en effet un œdème simple, un œdème qui constituerait toute l'affection. Mais, comme l'a dit M. le professeur Bouillaud (*Dict. de méd. et chir. prat.*, art. OEDÈME), l'œdème simple de la glotte est peut-être encore à trouver. Sous ce rapport notre observation rentre donc dans la règle; elle y rentre encore en ce que l'affection a paru par un temps humide chez un sujet d'une constitution un peu chétive, circonstances notées comme propres à son développement. Mais deux considérations m'ont engagé à la rapporter : 1° la terminaison heureuse. Le plus souvent, en effet, la mort en est la suite, comme l'ont noté Bayle, Laennec, M. Bouillaud, etc. Le malade périt dans un accès de suffocation, ou par les progrès de l'affection chronique du larynx, sur laquelle l'œdème est venu s'enter; 2° Surtout la marche périodique des accès de suffocation, les stades réguliers d'un accès de fièvre intermittente qui les acompagnait, et l'efficacité du sulfate de quinine. J'ai toujours vu dans les auteurs que la suffocation avait paru, en semblable cas, par accès irréguliers. Il serait à désirer pour le praticien, dans une affection dont la marche est aussi insidieuse, et où une suffocation fatale succède souvent d'une manière rapide à un calme trompeur, qu'il eût souvent sous la main un moyen aussi puissant de prévenir les accès que parut l'être le sulfate de quinine dans notre observation.

§ VII.

Si la lithotritie jouissait de tous les avantages dont la gratifient ses partisans, il faut convenir que sa découverte aurait été un des plus grands services rendus à l'humanité. Remplacer par un moyen à peine douloureux, non sanglant, innocent et presque sûr dans ses résultats, une opération des plus graves et des plus chanceuses dans ses suites, c'eût été assurément chose admirable. Mais malheureusement il est loin d'en être ainsi! La lithotritie, comme l'a dit M. le professeur Velpeau dans un rapport remarquable fait en 1835 à l'académie de médecine, ne conviendra que lorsque la vessie n'est pas enflammée, pas irritable, quand le calcul est mou, peu volumineux. L'absence de quelques-unes de ces conditions n'exclut pas néanmoins toujours le succès. J'ai vu, en 1836, dans le service de M. le professeur Sanson, à la Pitié, un homme affecté d'un calcul dur, compliqué de catarrhe muqueux et purulent de la vessie, qui en fut débarrassé par la lithotritie. La cure il est vrai fut longue et entravée par quelques accidents. Comme l'opinion de tout le monde n'est pas complétement arrêtée sur ce point de chirurgie, les leçons que l'expérience journalière nous donne à cet égard ont encore droit, je pense, à intéresser. Je rapporterai assez brièvement l'observation, pour appuyer ensuite sur des réflexions pratiques qu'elle me suggéra.

VII[e] OBSERVATION.

Calcul dur de 10 lignes de diamètre, compliqué de catarrhe purulent de la vessie. Broiement par la pince d'Heurteloup; évacuation entière du calcul; guérison du catarrhe vésical.

Un tonnelier, âgé de vingt-huit ans, dont le régime avait toujours été sobre et presque uniquement végétal, s'aperçut un jour, à l'âge de vingt ans, que le jet de son urine s'arrêtait brusquement quoiqu'il

eût encore besoin de pisser. A ce symptôme, qui persista seul pendant huit mois, se joignirent des douleurs hypogastriques et une forte proportion de matières glaireuses dans les urines. Les symptômes étant allés progressivement en augmentant les sept années suivantes, le forcèrent à consulter M. Sanson, en mars 1836. A cette époque le malade ne pouvait presque plus uriner; un dépôt purulent, mêlé de glaires, formait presque la moitié de la totalité des urines, devenues fortement fétides. La santé était sensiblement altérée. Le volume du calcul (on lui avait trouvé à diverses reprises neuf et dix lignes de diamètre) décida M. Sanson pour la lithotritie.

Dans deux premières séances, le 25 et le 29 mars, l'opérateur saisit facilement le calcul et le broya à plusieurs reprises avec la pince d'Heurteloup. Des fragments nombreux sortirent les jours suivants dans les urines; mais de la fièvre, des douleurs hypogastriques firent craindre une inflammation vésicale. Les graviers sortis étaient de l'acide urique et de l'urate d'ammoniaque. Le 18 avril, le 3 et le 5 mai, l'instrument d'Heurteloup fut introduit de nouveau et broya chaque fois plusieurs calculs, qui sortirent sous forme de graviers. Il n'y eut pas d'accident. Le malade pissait un peu mieux, mais le dépôt purulent ne se modifiait pas. Le 11 mai un calcul fut broyé avec l'instrument de Jacobson, mais un spasme vésical força l'opérateur à s'arrêter. Les jours suivants, le dépôt purulent commença à diminuer, l'embonpoint et les couleurs revinrent, le malade pissa largement. Le 17, deux nouveaux calculs furent saisis, après de nombreuses recherches, avec la pince de Jacobson. Le lendemain, il y eut de la douleur à la vessie et aux testicules avec de la fièvre. Ces symptômes s'aggravèrent, et le 21 les testicules étaient tous deux très-douloureux, presque de la grosseur du poing. Cependant l'orchite marcha lentement; l'opérateur craignit que les séances de lithotritie ne fussent indéfiniment suspendues. Trois petits calculs sortirent encore le 28 et le 29. L'orchite prit enfin une marche chronique. Il ne sortit plus de calcul. Un peu de gêne à uriner persista encore jusque vers le 10 juin. Mais des tentatives

faites à plusieurs reprises, soit avec des sondes, soit avec l'instrument de Jacobson, ne constatèrent plus de calculs dans la vessie. Bientôt le malade pissa largement, sans la moindre gêne; il n'éprouva plus dans la vessie la sensation de corps qui se déplaçaient; le dépôt des urines devint totalement muqueux, puis, après avoir diminué des trois quarts, resta stationnaire pendant plusieurs mois, malgré l'usage de la térébenthine. Les testicules restèrent toujours volumineux jusqu'au moment où je perdis le malade de vue, environ trois mois plus tard.

Réflexions.—D'importants corollaires me furent suggérés par le fait précédent: un catarrhe même purulent de la vessie n'exclut pas dans tous les cas la possibilité de la guérison d'un calcul vésical au moyen de la lithotritie. L'organe pourra supporter encore quelquefois des introductions nombreuses des instruments lithotriteurs, pourvu que ces tentatives soient prudemment conduites.

Les modifications dans le dépôt purulent ou glaireux sont la boussole la plus sûre pour guider le chirurgien dans l'appréciation des effets produits par les instruments sur la vessie. Le facies règle aussi d'une manière très-immédiate ses changements sur ceux du réservoir urinaire.

Il faut rarement s'attendre à voir sortir des graviers par l'urèthre dans les vingt-quatre heures qui suivent les séances de broiement, le spasme du col et du canal retardant presque toujours cette sortie de trente à quarante heures.

Le lithotriteur est aussi bon que la sonde pour s'assurer de la présence d'un calcul; mais il ne faut pas que l'instrument soit pesant, car si le calcul était peu volumineux, le choc qui résulte du contact mutuel se perdrait facilement dans la masse du premier, et il n'en arriverait rien à la main de l'opérateur. Dans ce mode de recherches il faut bien aussi avoir présent à l'esprit que, lorsqu'il y a de l'urine ou un autre liquide dans la vessie et que le calcul est léger, l'instrument explorateur, en déplaçant les ondes de liquide, déplace en même temps le calcul qui se soustrait ainsi à son contact.

Une pierre qui n'a pas encore été attaquée par des instruments est souvent plus difficile à saisir que les fragmeots résultants du broiement. M. Sanson, en effet, est presque toujours parvenu à amener ces derniers sous les mors de la pince, en faisant uriner le malade au moment de la manœuvre ; « Et, eu égard à cette circonstance, dit-il, l'instrument de Jacobson offre un avantage; il forme au col vésical, quand il est ouvert, un anneau dans lequel les portions de calcul s'engagent d'une manière bien plus sûre. » Dans notre observation, l'emploi de cet instrument a été suivi de résultats plus fâcheux que la pince d'Heurteloup. « J'ai toujours vu la même chose, dit M. Sanson, sans pouvoir me l'expliquer. »

L'orchite est un accident fâcheux qui suit assez fréquemment l'emploi des instruments lithotriteurs; elle vient de la distension du col vésical par ces instruments, ou de l'engagement de quelques portions de calcul dans cette partie du conduit urinaire; c'est un accident fâcheux par la teodance que le mal à passer à l'état chronique, et par le retard qu'il peut apporter aux séances de broiement.

Dans le fait précédent le professeur chercha le plus possible à rapprocher les séances : « C'est le moyen, dit-il, d'accoutumer la vessie aux maoœuvres qu'elle a à supporter, et de prévenir le développement d'accidents. » Nous tirerons enfin du fait précédent une dernière conclusion : c'est que les dépôts purulents ou glaireux de l'urine amenés par la présence d'un calcul dans la vessie, peuvent persister longtemps encore après l'extraction de celui-ci.

§ VIII.

M. Alibert a décrit le premier, à l'article de ses *Dermatoses cancéreuses*, une affection cutanée, caractérisée par une ou plusieurs plaques d'un rose foncé, occupant toute l'épaisseur du tégument, siégeant de préférence à la poitrine, et ressemblant à s'y méprendre à des cicatrices de brûlures. Cette maladie, qu'il a désignée sous le nom de *éloïde*, *cancroïde*, paraît assez rare, dit M. Biett (Cazenave et Schevel,

Abr. des mal. de la peau), puisqu'elle n'a pas été observée par les auteurs qui en ont écrit *ex professo*. J'ai eu occasion d'en voir un cas à l'Hôtel-Dieu d'Angers.

VIIIe OBSERVATION.

Deux plaques de kéloïde chez un homme de trente ans.

Un fermier de bonne constitution entra à l'Hôtel-Dieu d'Angers, en février 1834, service de M. Ouvrard. Il portait sur le milieu de la région sternale et au cou deux tumeurs aplaties, rosées, ressemblant à des cicatrices de brûlure au troisième degré; aussi les avait-on d'abord prises pour telles. Le malade nous dit que neuf mois auparavant il avait commencé à ressentir du prurit et de la cuisson à l'endroit de ces plaques. Huit à dix jours plus tard, des plaques rosées, de la largeur d'une pièce d'un franc, y apparurent, et furent bientôt saillantes d'une demi-ligne environ. Le malade y éprouvait un prurit qui le forçait à se gratter sans cesse; l'épiderme s'excoriait et ne tardait pas à se réformer. Plus tard il s'y joignit des élancements; les poils qui s'y implantaient tombèrent. Le mal croissait cependant lentement, et le malade y fit peu attention.

S'apercevant au bout de huit mois que les taches se *boursouflaient* et gagnaient en étendue, il entra à l'Hôtel-Dieu d'Angers. Nous constatâmes alors que la tache placée sur le sternum était inégale, *boursouflée*, saillante d'une ligne, d'un rose foncé, d'une forme ovoïde; ayant dix-huit lignes dans son grand diamètre, parsemée de brides un peu plus pâles, exactement semblables aux brides des brûlures cicatrisées. Sa circonférence irrégulière envoyait des prolongements qui se perdaient insensiblement dans le tissu de la peau restée saine à tout le pourtour de la tache. Celle-ci était dégarnie de poils, un peu douloureuse à la pression, et le siége de légers élancements; elle occupait toute l'épaisseur de la peau, mais sans adhérences avec le sternum.

La tache du cou avait 8 lignes de diamètre, sa forme était circulaire; elle était placée sur le bord supérieur du trapèze du côté droit.

Une pommade avec l'extrait de belladone, employée pendant un mois, ne modifia pas les élancements.

PROPOSITIONS.

I.

L'expérimentation, jointe à une observation attentive, suivie, dégagée de toute idée de système, est la voie la plus sûre pour arriver à des résultats utiles en pathologie.

II.

La manière de procéder des médecins anciens dans leurs écrits ne pouvait donner à l'élève une idée des individualités morbides. Sous ce rapport la supériorité des ouvrages modernes de clinique ne peut être contestée; la lecture attentive et raisonnée des observations bien faites qu'on y rencontre est plus profitable que des pages nombreuses de systèmes et de préceptes.

III.

En pathologie beaucoup de parties sont à compléter. Si l'on veut en effet chercher à approfondir un point de la science, on s'aperçoit tout d'abord que les auteurs se sont trop souvent copiés les uns les autres sans avoir soumis au creuset de l'expérience les idées qu'ils trouvaient émises.

IV.

Dans les épidémies, les remèdes ont quelquefois des résultats topographiques singuliers. Ainsi, par exemple, tel traitement qui s'est montré héroïque dans un village pendant une dyssenterie, a eu parfois de fâcheux effets à quelques lieues de distance.

V.

Une chose difficile en pathologie, c'est de bien constater l'époque précise de la guérison.

VI.

Les signes de l'étranglement herniaire peuvent affecter une marche intermittente. Dans ce cas le chirurgien qui opère ne doit pas s'en laisser imposer.

VII.

Les enfants calculeux sont ordinairement petits et rabougris. On remarque souvent chez eux un allongement et une flaccidité singulière de la verge, déterminés par les tiraillements exercés sur cette partie à l'occasion des démangeaisons sympathiques que le calcul produit vers le gland.

VIII.

Le tremblottement de l'iris dans le cas de cataracte doit en général faire porter un pronostic fâcheux pour les résultats ultérieurs de l'opération.

IX.

D'après le relevé d'un grand nombre de faits que j'ai rassemblés dans un mémoire publié dans la *Presse médicale* (janvier et février

1837), je croirais que la direction et la position des conduits nourriciers des os longs ont de l'influence sur la marche de la consolidation des fractures de ces os : les fractures vers lesquelles se dirigent ces conduits nourriciers m'ont paru se consolider plus vite que les autres. Ainsi, au membre supérieur les canaux nourriciers pénètrent l'humérus, le radius et le cubitus vers leur partie moyenne et en convergeant vers le coude. Au membre inférieur, ils pénètrent le fémur, le tibia et le péroné vers le même lieu, mais en divergeant par rapport au genou. Eh bien! les fractures de la moitié inférieure de l'humérus et de la moitié supérieure du radius et du cubitus m'ont paru se consolider plus vite que celles de la moitié supérieure du premier et de la moitié inférieure des seconds. J'ai trouvé tout le contraire au membre inférieur. On sait que déjà M. A. Bérard a fait remarquer (*Arch. de méd.*, année 1835) que les épiphyses qui avoisinent le coude se soudent plus vite à la diaphyse que celles du haut de l'humérus et celles du bas du radius et du cubitus ; que le contraire a lieu au membre inférieur par rapport au genou. Tous ces phénomènes dépendraient-ils de la même cause ?